

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

EPISIORRAFIA: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE DOIS DIFERENTES FIOS DE SUTURA

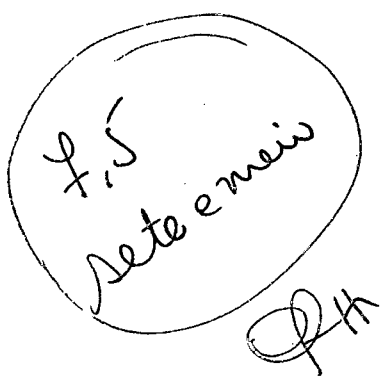
Florianópolis, Maio de 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

EPISIORRAFIA: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE DOIS DIFERENTES FIOS DE SUTURA

- Agradecemos ao nosso Orienta -
dor Dr. Afonso Márcio B. da
Silva, Chefe do Departamento
de Tocoginecologia.
- Agradecemos ao Dr. Lúcio J. Bo
telho pela colaboração para rea
lização do mesmo.

Florianópolis, Maio de 1991.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

EPISIORRAFIA: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE DOIS DIFERENTES FIOS DE SUTURA

TRABALHO REALIZADO DURANTE O INTERNATO HOSPITALAR
(11ª FASES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA)

Ddo. FLÁVIO FILLAPPI

Ddo. JORGE LUIS DA FONSECA

Florianópolis, Maio de 1991.

ÍNDICE

| | PÁG. |
|---------------------------------------|------|
| - RESUMO | i |
| I - INTRODUÇÃO | 1 |
| II - MATERIAL E MÉTODOS | 4 |
| III - RESULTADOS | 7 |
| IV - DISCUSSÃO | 13 |
| V - CONCLUSÕES | 18 |
| VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 20 |
| - ANEXO I | |
| - ANEXO II | |

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar os índices de complicações nas episiotomias feitas em 40 pacientes que foram separadas em dois grupos:

20 pacientes usaram fio categut cromado e 20 pacientes usaram fio categut simples.

Após a análise de todos os casos, observamos que houve sete casos em que surgiram complicações, cinco das quais ocorreram no grupo das pacientes que usaram fio cromado e dois no grupo das que usaram fio simples.

Todas os pacientes tiveram parto normal realizado na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, SC.

As complicações observadas foram, deiscência, (03 casos), deiscência e infecção (02 casos), deiscência e edema (01 caso), e infecção (01 caso).

É importante observar que as complicações surgidas não apresentaram gravidade em nenhum dos casos e que a porcentagem foi de 17,5% nos 40 casos estudados.

I - INTRODUÇÃO

É importante ao iniciarmos este estudo definirmos o significado de episiotomia, etimologicamente definido como "corte do pube", mas exprime hoje a secção do períneo.

CARTER & WOLBER (1980) definem episiotomia como incisão cirúrgica do orifício vulvar, com indicação obstétrica e tendo o objetivo de impedir ou minorar o trauma dos tecidos do canal do parto favorecendo a descida e liberação do feto, especialmente do seu polo cefálico; e evitar lesões desnecessárias a que a cabeça do concepto está submetida por motivo da impulsão violenta sofrida pelo encontro a um períneo resistente. Tecnicamente, uma episiotomia é sempre periotomia, desde que a região fica atingida em qualquer tipo de incisão (RESENDE, 1982).

É fato comprovado que os pioneiros da episiotomia datam de 1741 por Sir Fielding Ould (HARRISON, et alii, 1987). Mesmo sendo descrita há muitos anos, não foi feito uso até princípio deste século, quando então POMEROY e DELEE publicaram relatos a respeito de suas indicações. É a partir deste período que então a episiotomia começa a ser indicada como rotina na área obstétrica.

No decorrer dos anos, despertou-se para aprofundar os conhecimentos sobre esta técnica, uma vez que apresenta repercussões tanto para o feto como também para a gestante.

A episiotomia tem se firmado como a cirurgia mais frequentemente praticada na obstetricia (ROBERT & HART, 1983; HARRISON et alii,

1987). Seu uso chega a 70% dos partos de maneira geral e 90% dos partos em primíparas (SLEEP et alii, 1984; GASS et alii, 1986).

Mais recentemente, tem ocorrido alguns questionamentos a respeito de riscos e benefícios da episiotomia segundo BUERENS et alii (1985), questiona-se o uso rotineira de episiotomia em partos não complicados. GASS e colaboradores (1986) recomendam o uso mais seletivo do procedimento, já que ele não é isento de riscos como Danos de Esfinctar Anal e Mucosa Retal.

Porém, pode-se afirmar com toda certeza que desde a época dos partos intra-hospitalares com episiotomia houve uma diminuição apreciável no número de mulheres subsequentemente hospitalizadas para tratamento de cistocele, retocele, prolapso uterino e incontinência de esforços sintomáticos.

Considerando a episiotomia, inicia-se o processo de episiorrafia, ou seja o reparo da incisão cirúrgica da tenda vulvar e perineorrafia a reconstituição da laceração perineal, traumática ou cirúrgica.

Começamos logo após a saída do concepto, terminada a revisão da cavidade vaginal e do colo, que deve ser sistemática e não apenas quando for o parto cirúrgico ou está presente sangramento anormal.

A sutura principia pelo ângulo superior da ferida, na vagina. No que se refere ao uso de fios, podem ser utilizados o catégute simples (Kit Obstétrico) que tem um tempo de absorção em torno de 07 dias ou catégute cromado (Nº 1) que tem um tempo de absorção em torno de 15 dias. A técnica preconiza a sutura da mucosa vaginal que é realizada em pontos contínuos passados e pontos separados no plano muscular e no tecido conjuntivo difuso. A pele é aproximada por pontos simples separados que se soltam espontaneamente ao cabo de alguns dias.

Após termos visto alguns casos de complicações de episiotomias no Ambulatório da M.C.D., despertou-nos o interesse de pesquisar - mos qualitativa e quantitativamente a incidência destas complicações e se ocorre alterações destes indicadores com o uso diferente de fios de sutura ou seja, catagute simples e catagute cromado.

Realizamos um estudo prospectivo, experimento randomizado com 02 grupos de 20 pacientes, sendo que em um grupo usamos fio catagute simples e em outro grupo foi utilizado fio catagute cromado.

0

II - MATERIAL E MÉTODOS

Os autores realizaram um experimento do tipo prospectivo, ensaio clínico randomizado.

Foram selecionadas 40 pacientes que teriam parto normal com episiotomia, onde foram excluídas todas aquelas cujo parto foi considerado contaminado (evacuação no momento da concepção e bolsa rota há mais de 12 hs).

Excluiu-se do trabalho essas pacientes em virtude de, nas mesmas ter sido realizado plano terapêutico profilático com antibiótico.

O objetivo do experimento seria o de buscarmos diferenças no que se refere a incidência de complicações no puerpério mediato, quando do uso de 02 tipos diferentes de fio, o catepute simples e o catepute cromado.

As pacientes foram divididas em 02 grupos sendo que, das 40 pacientes, em 20 seria realizado a episiorrafia fio catepute simples e em outras 20, fio catepute cromado.

Todos os partos ocorreram em sala não asséptica, com os cuidados habituais de assepsia e antissepsia (realizada com iodo aquoso descrita no Anexo I), sendo todos os partos realizados por médicos residentes ou doutorandos que trabalhavam ou trabalham na M.C.D.

Em todos os casos, a episiotomia foi Médio Lateral Direita. A Episiorrafia em plano mucoso foi feita com sutura contínua, pontos passados. Os planos muscular, subcutâneo e superficial da ^{pelle} pele foram suturados com pontos separados.

As pacientes foram orientadas a retornar para controle ambulatorial no Hospital Universitário e Maternidade Carmela Dutra num período compreendido entre 5 e 10 dias após o parto. 25 pacientes retornaram ao Ambulatório e 15 pacientes não retornaram sendo necessário a visita domiciliar.

O acompanhamento deu-se no período compreendido entre 30 de março à 17 de maio de 1991 entre controle ambulatorial e visita domiciliar.

Até 24 hs após o parto foi aplicado um protocolo (ANEXO II) a todas as pacientes objetivando uma abordagem mais abrangente das condições da puérpera. Constan do protocolo os itens:

- Idade
- Condições de parto
- Condições da epísio
- Fio utilizado
- Retorno
- Condição da habilitação
- Renda familiar
- Quem contribui para renda
- Condições da gestante
- Auxílio nos afazeres domésticos
- Banheiro (interno/externo)
- Condição nutricional

Existem outros itens que podem ser vistos no anexo II, no final do trabalho.

Buscou-se com o acompanhamento dos grupos de pacientes, detectar complicações abaixo discriminadas onde foram encontradas: deiscência pura, deiscência associada a infecção, deiscência associada a edema e infecção pura.

As condições locais da episiotomia foram avaliadas pela ectoscopia com inspeção local onde constatou-se as complicações ora referidas.

III - RESULTADOS

3.1- Ao examinarmos o grupo das 20 pacientes que usaram fio catepute simples, verificamos que 04 pacientes situavam-se na faixa etária entre 15-20 anos, 13 se situavam na faixa entre 20-30 anos e 03 tinham entre 30-40 anos.

Verificando-se o grupo das 20 gestantes que usaram fio cromado, notou-se que 06 pacientes tinham entre 15-20 anos, 13 tinham entre 20-30 anos e 01 situava-se na faixa entre 30-40 anos.

Desta forma, baseado em cálculos de desvio padrão, não há diferenças significativas em termos percentuais entre os grupos etários descritos.

3.2- No que se refere as condições de habitação, encontramos como resultado que 60% do total das gestantes moravam em casas de alvenaria e 40% viviam em casas de madeira.

Concluiu-se desta forma que não há significativa variação percentual entre os 02 grupos de gestantes.

É importante salientar que, na pergunta feita as gestantes, buscou-se saber que tipo de casa as pacientes habitavam, não levando em consideração se a casa era de propriedade da gestante ou não.

3.3- Levando em conta as condições salariais das famílias das gestantes, das 20 pacientes que usaram fio catepute simples 07 (35%) situavam-se na faixa salarial de 01-03 salários mínimos e 13 (65%) situavam-se na faixa entre 03-06 salários mínimos.

Das 20 pacientes que usaram fio catepute cromado, 07 (35%) situavam-se na faixa de 01-03 salários mínimos, 12 (60%) situavam-se

na faixa de 03-06 salários mínimos e 01 (5%) situava-se na faixa de 06-10 salários mínimos.

Baseado nestes dados, concluiu-se não haver diferenças percentuais significativas concernentes as faixas salariais propostas.

3.4- Em relação ao item complicação, ao examinarmos as 20 pacientes que usaram fio categut simples, verificou-se que 01 paciente teve deiscência e infecção, 01 paciente teve somente infecção e 18 pacientes não tiveram complicações.

Observando as 20 pacientes que usaram o fio cromado, 03 tiveram deiscência somente, 01 teve deiscência e infecção, 01 outra teve deiscência e edema e 15 pacientes não tiveram complicações.

TABELA I: Relação entre Fio usado e o aparecimento de Complicações

| FIO COMPLICAÇÕES | SIMPLES | | CROMADO | | TOTAL | |
|---------------------|---------|-----|---------|-----|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Deiscência | | | 03 | 15 | 03 | 7,5 |
| Deisc.+ Infecção | 01 | 05 | 01 | 05 | 02 | 5,0 |
| Deisc. + Edema | | | 01 | 05 | 01 | 2,5 |
| Infecção | 01 | 05 | | | 01 | 2,5 |
| S/Complicações | 18 | 90 | 15 | 75 | 33 | 82,5 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |

FONTE: Protocolo dos Autores.

3.5- No estudo das 20 pacientes que usaram fio catequite simples, observou-se que 19 pacientes foram consideradas nutridas e apenas 01 foi considerada desnutrida.

Já no grupo das pacientes que usaram fio cromado, 16 foram consideradas nutridas e 04 consideradas desnutridas.

Os valores percentuais de cada grupo foram incluídas na Tabela a seguir:

TABELA II: Relação entre Fio utilizado e o Estado Nutricional da Gestante.

| ESTADO NUTRICIONAL \ FIO | SIMPLES | | CROMADO | | TOTAL | |
|--------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nutrida | 19 | 95 | 16 | 80 | 35 | 87,5 |
| Desnutrida | 01 | 05 | 04 | 20 | 05 | 12,5 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |

FONTE: Protocolo dos Autores

Diante

3.6- Encontramos no grupo de pacientes que utilizaram fio cate
gute simples, 19 pacientes com banheiro interno com chuveiro e 01
com banheiro externo sem chuveiro.

No grupo das 20 pacientes que utilizaram fio cromado, encontra
mos 16 pacientes com banheiro interno com chuveiro e 04 pacientes
com banheiro sem chuveiro.

TABELA III: Relação entre Fio utilizado e Condições de
Higiene das Pacientes (Banheiro).

| FIO HIGIENE (BANHEIRO) | SIMPLES | | CROMADO | | TOTAL | |
|------------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Banheiro interno | 19 | 95 | 16 | 80 | 35 | 87,5 |
| Banheiro externo | 01 | 05 | 04 | 20 | 05 | 12,5 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |

FONTE: Protocolo dos Autores.

3.7- A Tabela mostra que no grupo das 20 pacientes que utilizaram fio simples, 07 pacientes recebiam ajuda em casa e 13 pacientes não recebiam ajuda nas atividades do lar.

No Grupo que utilizou fio catepute cromado, 09 pacientes recebiam ajuda, enquanto 11 pacientes não eram auxiliadas em casa.

TABELA IV: Relação entre Fio utilizado e ajuda nos afazeres domésticos.

| FIO RECEBE AJUDA | SIMPLES | | CROMADO | | TOTAL | |
|------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sim | 07 | 35 | 09 | 45 | 16 | 40 |
| Não | 13 | 65 | 11 | 55 | 24 | 60 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |

FONTE: Protocolo dos Autores.

3.8- Após analisarmos 20 pacientes que usaram fio catepute simples e levando em conta o item condições do parto, observamos que 05 pacientes eram primíparas e 15 pacientes eram multíparas.

Do grupo das 20 pacientes que usaram catepute cromado, 08 pacientes eram primíparas e 12 eram multíparas.

Contata-se isto ao usarmos a Tabela V abaixo:

TABELA V: Relação entre Fio utilizado e tipo de Gestante.

| TIPO \ FIO | SIMPLES | | CROMADO | | TOTAL | |
|------------|---------|-----|---------|-----|-------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Primigesta | 5 | 25 | 8 | 40 | 13 | 32,5 |
| Multigesta | 15 | 75 | 12 | 60 | 27 | 67,5 |
| TOTAL | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100,0 |

FONTE: Protocolo dos Autores.

IV - DISCUSSÃO

Para o ato da episiotomia, os principais argumentos para seu uso destacam-se a prevenção de laceração perineais, prevenção de laceração de reto, prevenção do afrouxamento do assoalho pélvico, prevenção de retoccele e cistoccele, prevenção de prolapso útero-vaginal, promoção de uma cicatriz cirúrgica plástica ao invés de cicatriz desfigurada; evitar lesões e traumas sobre o polo cefálico do concepto e enfim diminuir o segundo período do trabalho de parto (GASS et alii).

Após a episiotomia, iniciamos a episiorrafia ou seja, começa o reparo da incisão cirúrgica da tenda vulvar e periniorrafia a reconstrução da laceração perineal, traumática ou cirúrgica.

É importante analisar o material e técnicas usadas na episiorrafia. Preconiza-se a sutura de mucosa vaginal em pontos contínuos passados e pontos separados no plano muscular e tecido conjuntivo difuso. É a pele aproximada por pontos simples separados que se soltam espontaneamente ao cabo de alguns dias. Quanto ao tipo de fio utilizado, discute-se o uso de catégute simples ou cromado.

Um estudo aprofundado de ISAGER-SALLY et alii (1986) demonstra que dá melhor desconforto no pós parto quando foi usado ácido poliglicólico. Outros trabalhos (GRANT, 1986; ROBERTS & HART, 1983) também afirmam ser este o fio de primeira escolha. Um outro fio recomendado é o catégute cromado. (REZENDE, 1982; GRANT, 1986; ISAGER-SALLY et alii, 1986; VARNER, 1986). Este fio tem um tempo de absorção variado em torno de 15 dias, maior que o catégute simples (em

torno de 7 dias) em virtude do tratamento com Bicarbonato de Potássio (TOLOSA et alii, 1986).

O categute cromado produz menor reação em tecidos moles que o categute simples porque esse tipo de tratamento (citado acima) possivelmente diminui os locais disponíveis para reação cruzada (PEACOCK, 1985).

Uma sutura deve permanecer até cumprir seu objetivo que é manter-se as bordas da lesão unidas até que se tenha resistência tensional adequada (PEACOCK, 1985).

No presente trabalho, examinamos 40 pacientes sendo que 25 destas retornaram aos Ambulatórios de Ginecologia da Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário/UFSC e 15 destas foram visitadas domiciliarmente.

Estas 40 pacientes foram divididas em dois grupos sendo que 20 receberam categute simples e 20 fizeram uso de categute cromado.

No que se refere a idade das pacientes não houve diferença significativa entre os dois grupos, demonstrando variação entre 15 a 40 anos.

Quanto ao tipo de habilitação, encontramos que 60% do total das gestantes moram em casa de alvenaria e 40% destas vivem em casa de madeira, sendo que a distribuição por grupos são semelhantes. Quando investigamos a faixa salarial das famílias onde vivem as pacientes, constatamos que 35% situam-se entre 1 a 3 salários mínimos (SM) e 65% estão na faixa de 3 a 6 salários mínimos. Não há diferença salarial entre os dois grupos.

É fato constatado que dos 40 pacientes avaliadas, 7 (17,5%) destas complicaram, sendo que 5 apresentaram-se no grupo categute cromado, e 2 no grupo categute simples.

(Este número de complicações está elevado se considerado a lite

ratura (REYNOLDS et alii, 1984) numa análise de partos ocorridos entre 1980 e 1984 em um Centro Obstétrico Britânico encontraram uma incidência de complicações como infecção, deiscência e hematoma vulvar menor que 0,5%. Em um estudo de 181 primíparas, (HARRISON et alii, 1984) não encontraram nenhum caso de infecção ou deiscência no puerpério imediato, apenas um caso de retenção urinária. No presente estudo, vemos que 03 pacientes apresentaram deiscência, 2 pacientes apresentaram deiscência e infecção, 01 paciente apresentou somente infecção e 01 apresentou deiscência e edema segundo a Tabela I.

Destaca-se neste experimento que em nenhum parto foi utilizado antibiótico, pois foram partos com menos de 12 horas de bolsa rota e não houve evacuação no momento da expulsão do concepto.

Chamamos atenção que, segundo REZENDE et alii, 1982, este ato cirúrgico é realizado em região contaminada, mas a infecção não é comum, sendo vigente em 0,09% a 0,3% dos casos, na grande maioria sem gravidade e raramente mortal; muitas vezes poderá ocorrer dor intensa, edema, hematoma vulvar, infecções locais discretas e até mesmo infecções graves, podendo levar a necrose fascial e mionecrose, que quando não tratadas podem apresentar elevado índice de mortalidade (REYNOLDS et alii, 1987 e VARNER, 1986). As pacientes que apresentaram infecções associadas ou não com deiscência não se manifestaram de forma grave e apareceram nos dois grupos em estudo, desta forma não havendo significância estatística entre cromado e simples.

Na análise das deiscências de sutura, observamos que ela ocorreu em 05 dos 40 casos observados sendo que em 03 casos ocorreu isoladamente, uma vez associada a infecção e outra associada a edema. Aqui também não observamos valores significativos de diferença dos 2 grupos estudados.

Relacionando-se deiscência e infecção, observou-se que nem sempre os dois fatores estiveram presentes associados, mesmo sabendo-se que os efeitos locais de infecção retardam a cicatrização da ferida cirúrgica e podem causar deiscência (COHN & BORNSIDE, 1985).

Outro importante aspecto observado foi a avaliação do estado nutricional pelo parâmetro do índice de massa corporal (I.M.C.), onde pesquisou-se o peso da gestante no início da gravidez e sua altura, onde $IMC = \frac{P}{(A)^2}$ sendo P = peso, e A = altura.

Segundo GONÇALVES (1986), a deficiência protéica reduz a eficácia da cicatrização, diminuindo o ritmo de desenvolvimento da resistência tênsil do tecido formado causando deiscência, além de propiciar infecção tornando então importante o aspecto nutricional.

Examinando o grupo de pacientes, constatamos que 35 pacientes (87,5%) eram nutridas e 05 (12,5%) eram desnutridas (TABELA II). As complicações ocorreram em maior número nas pacientes nutridas fazendo com que, no grupo de pacientes estudadas, o estado nutricional não demonstrou ter interferência direta com as complicações existentes.

Também não houve diferença significativa nos grupos estudados quanto ao tipo de fio utilizado.

Um trabalho futuro poderia enfatizar um estudo clínico e laboratorial para melhor avaliação da relação entre o estado nutricional e complicações existentes no puerpério mediato destas gestantes.

No sentido de detectar condições de higiene e cuidados com a ferida cirúrgica, exploramos a presença de condições que poderiam propiciar um bom nível de higiene íntimo-pessoal.

Há muito tempo, REZENDE & KANMITZER, sugerem que a vulva e o períneo sejam lavados várias vezes ao dia, após micção e evacuação.

Em nosso trabalho constatamos que 35 pacientes (87,5%) possuem banheiro interno com chuveiro e que 05 pacientes (12,5) possuem banheiro externo sem chuveiro (TABELA III).

Apesar da presença de chuveiro, não significa necessariamente boa higiene mas, pelo menos, propicia condições de higiene.

Os dois grupos que usaram fios diferentes em termos desta complicação eram semelhantes.

Outro ponto a se considerar, talvez em menor relevância é a atividade física desenvolvida pela paciente no período puerperal.

O excesso de esforço físico poderia aumentar a tensão da sutura interferindo desta forma, na recuperação, apesar de duvidoso sua veracidade.

Em nosso grupo experimental, observamos um número igual de pacientes que realizam atividades no lar e fora do lar. Da mesma maneira, o número de pacientes que recebem ajuda em suas atividades no lar e aquelas que não recebem ajuda, não ter diferenças significativas (TABELA V).

Observamos através da Tabela V que no grupo catepute simples 05 (25%) das pacientes eram primigestas e 15 (75%) eram multíparas. No grupo catepute cromado 8 (40%) eram primíparas e 12 (60%) eram multíparas.

Desta forma, mesmo havendo uma predominância de multíparas, percebemos maior complicações nas primíparas.

Este fato sugere maior inexperiência das puérperas em relação aos cuidados de higiene, porém há necessidade de fazer um estudo mais aprofundado a esse respeito, para ver da relação entre o surgimento de complicações e o fato da primiparidade.

V - CONCLUSÕES

Do presente estudo, constatamos que não havia diferença significativa entre os dois grupos de puérperas quanto a idade, condições de habitação e níveis salariais.

Concluiu-se através deste estudo, que as complicações estiveram em torno de 17,5% nas 40 gestantes avaliadas. Estes valores demonstram que as complicações não são tão frequentes em nosso meio e quando surgiram não eram graves.

O tipo mais comum de complicação foi a deficiência de forma isolada ou associada a infecção.

Encontramos baixo índice de infecção nas puérperas, apesar de a região ser potencialmente contaminada e não ter sido usado no estudo, nenhum tipo de antibiótico.

O estado nutricional das puérperas apresentou-se semelhante em relação às aquelas pacientes que tiveram complicação e aquelas que não tiveram em ambos os grupos.

Quanto aos hábitos de higiene, não percebemos diferença importante entre complicadas e não complicadas em ambos os grupos de gestantes.

Foi observado maior número de complicações nas primigestas em relação às multíparas sugerindo que a inexperiência daquelas com os cuidados de higiene na ferida cirúrgica seja um dos responsáveis pela diferença existente entre o grupo das complicadas e não complicadas.

Constatamos que houve maior incidência de complicações no gru-

po que fez uso de fio catepute cromado em relação ao grupo que usou fio catepute simples, porém o presente resultado merece uma casuística maior.

Sugerimos um estudo mais aprofundado que busque identificar as causas das complicações de episiotomia com ambos os fios aqui estudados.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01- CARVALHO, E.B. de; ANDRADE, E.G.; CARVALHO, F.B. de & DRUMMOND, M.C.F. Semiologia do estado nutricional. In.: LOPEZ, M. & MEDEIROS, J. de L. Semiologia médica. São Paulo, ... Parma, 1986.
- 02- COHN, I. Jr. & BORNSIDE, G.H. Infecções. In.: SCHWARTZ, S.I. Princípios de cirurgia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, v.1, p. 184-221.
- 03- GONÇALVES, E.L. Ferimentos das partes moles e cicatrização. In.: GOFFI, F.S. Técnica cirúrgica - Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. R.J./S.P., Livraria Atheneu, 1986. Cap. 19, p. 207-217.
- 04- REZENDE, J. de. O parto. Estudo clínico e assistência. A - A dilatação e a expulsão. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 15, p. 298-311.
- 05- REZENDE, J. de & KANMITZER, M. de B. O puerpério. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 18, p. 346-357.
- 06- REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C.A.B. & SALVATORE, C.A. O puerpério patológico. B. Infecção puerperal. In.: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, Cap. 46, p. 929-931.
- 07- TOLOSA, E.M.C. de; CARNEVALE, J. & SOUZA, J.A.Jr. Síntese Cirúrgica. In.: GOFFI, F.S. Técnica cirúrgica - Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. R.J./S.P., Livraria Atheneu, 1986. Cap. 9, p. 81-91.
- 08- PRITCHARD, J.A.; MAC DONALD, P.C. Episiotomia e episiorrafia. Willians Obstétrica. Ed. Guanabara Koogan, R.J., 1983, Cap. 17 pgs. 315-318.
- 09- BUEKENS, P.; LAGASSE, R.; DRAMAIX, M. & WOLLAST, E. Episiotomy and third degree tear. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 92: 820-823, 1985.
- 10- GASS, M. S.; DUNN, C. & STYS, S. J. Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. The Journal of Reproductive medicine, 31(4): 240-244. 1986.
- 11- GRANT, A. Commentary. Repair of episiotomies and perineal tears. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 93: 417-419, 1986.

- 12- HARRISON, R. F.; BRENNAN, M.; NORTH, P. M.; REED, J. V. & WICKHAM, B. A. Is routine episiotomy necessary? British Medical Journal, 288: 1971-75, 1984.
- 13- HARRISON, R. F.; BRENNAN, M.; NORTH, P. M.; REED, J. V. & WICKHAM, B. A. A review of post-episiotomy pain and its treatment. Current Medical Research and Opinion, 10 (6): 359-362, 1987.
- 14- ISAGER-SALLY, L.; LEGARTH, J.; JACOBSEN, B. & BOSTOFTE, E. Episiotomy repair-immediate and longterm sequelae. A prospective randomized study of three different methods of repair. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 93: 420-425, 1986.
- 15- PEACOCK, E. R. Jr. Cicatrização das feridas e cuidados necessários. In: SCHWARTZ, S. I. Princípios de cirurgia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, V.I, cap. 8, p. 324-350.
- 16- REYNOLDS, J. L. & YUDKIN, P. L. Changes in the management of labour: 2. Perineal management. Canadian Medical Association Journal, 136: 1045-49, 1987.
- 17- ROBERTS, A. D. G. & HART, D. M. Polyglycolic acid and catgut sutures, with and without oral proteolytic enzymes the healing of episiotomies. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 90: 650-653, 1983.
- 18- SLEEP, J.; GRANT, A.; GARCIA, J.; ELBOURNE, D.; SPENCER, J. & CHALMERS, I. West berkshire perineal management trial. British Medical Journal, 289: 587-590, 1984.
- 19- VARNER, M. W. Episiotomy: techniques and indications. Clinical Obstetrics and Gynecology, 29 (2): 309-317, 1986.

SOLUÇÃO DE IODO AQUOSO

Utilizada como antisséptica no momento do período expulsivo.

Preparo da Solução:

- tintura de iodo 2% - 250 ml
- água destilada - 5000 ml

ANEXO II

PROTOCOLO: COMPLICAÇÕES DE EPISIOTOMIA.

- 1- IDENTIFICAÇÃO:.....
 IDADE:..... COR:..... EST. CIVIL:.....
 PROCEDENCIA:..... RESIDÊNCIA:.....
- 2- CONDIÇÕES DE PARTO:
 PRIMIGESTA..... NÃO PRIMIGESTA..... PARTOS ANTERIORES?...
- 3- PARTO CONTAMINADO..... PARTO NÃO CONTAMINADO.....
- 4- PACIENTE COM INFECÇÃO PREVIA (recente): SIM..... NÃO.....
- 5- PARTO CONTAMINADO C/ ATB: - COM INFECÇÃO..... -SEM INFECÇÃO.....
- 6- CONDIÇÕES DA EPÍSIOTOMIA:
 COMPLICAÇÃO NA EPISIOTOMIA: SIM..... NÃO.....
 TIPO DE COMPLICAÇÃO: -INFECÇÃO..... -DEISCÊNCIA..... -D.+ I.
 HEMATOMA..... -HEMORRAGIA..... -OUTRAS..... -EDEMA.....
- 7- FIO UTILIZADO:
 CATEGUTE SIMPLES..... CATEGUTE CROMADO.....
- 8- RETORNO NO PUERPÉRIO:
 AMBULATÓRIO..... EMERGÊNCIA..... VISITA DOMICILIAR.....
 LOCAL DA CONSULTA-RETORNO:
 H.U./UFSC M.C.D.
- 9- CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO:
 ALVENARIA..... MADEIRA..... MISTA.....
 QTOs HABITAM?..... QTOs DORMITÓRIOS?.....
- 10-QUEM CONTRIBUI PARA RENDA FAMILIAR?
 MARIDO..... MÃE..... FILHOS..... OUTROS.....
- 11-RENDAS FAMILIAR:
 01-03 SALÁRIOS MINIMOS.....
 03-06 SALÁRIOS MINIMOS.....
 06-10 SALÁRIOS MINIMOS.....
 MAIS DE 10 SALÁRIOS MINIMOS.....
- 12-CONDIÇÕES DA GESTANTE:
 TRABALHA: SIM..... NÃO..... TIPO DE TRABALHO.....
- 13-RECEBE AJUDA NOS AFAZERES DE CASA? SIM..... NÃO.....
- 14-BANHEIRO DENTRO DE CASA..... BANHEIRO FORA DE CASA.....
- 15-COM CHUVEIRO..... SEM CHUVEIRO.....
- 16-CONDIÇÃO NUTRICIONAL:
 PESO:..... ALTURA:.....

**TCC
UFSC
TO
0198**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0198

Autor: Fillappi, Flávio

Título: Episiórrafia : um estudo compar



972807546

Ac. 254332

Ex.1 UFSC BSCCSM